Lane Medical Library

Aus der Medizinischen Klinik der Albertus-Universität zu Königsberg i. Pr. (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Matthes).

Ein Beitrag zur Periarteriitis nodosa.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Albertus-Universität zu Königsberg i. Pr.

vorgelegt von

Gerhart Calinich

aus Königsberg i. Pr.

Referent: Geheimrat Prof. Dr. Matthes.

Königsberg i. P. 1927.

Die Periarteriitis nodosa ist in den letzten Jahren vielfach der Gegenstand lebhafter Erörterungen gewesen, ist es doch bereits mehrfach gelungen, auf Grund der klinischen Erfahrungen die Diagnose in vivo zu stellen.

Wir hatten Gelegenheit, in unserer Klinik einen Kranken mit eigenartigen Hautveränderungen zu beobachten, die an das Krankheitsbild der Periarteriitis nodosa denken ließen, zumal, da auch von seiten der Kreislauf- und Verdauungsorgane Störungen beobachtet wurden, wie man sie bei dieser Krankheit des öfteren finden konnte. Wie die spätere mikroskopische Untersuchung jedoch zeigte, handelt es sich um Veränderungen der Gefäßwände, die von den histologischen Befunden bei der Periarteriitis nodosa grundverschieden waren.

Eine etwas ausführlichere Mitteilung wird nicht nur durch die Seltenheit der Erkrankung gerechtfertigt, sondern auch dadurch, daß über die Ätiologie nichts Sicheres ausgesagt werden kann, so daß zum Vergleich mit etwa in Zukunft zu erhebenden ähnlichen Beobachtungen auch die Einzelheiten unseres Falles wichtig erscheinen.

50jähriger Landarbeiter, bisher stets gesund gewesen. Seit mehreren Jahren bestehen Magenbeschwerden und zwar Schmerzen, die auch nachts auftreten und sich nach dem Essen verstärken. Durch Liegen auf der linken Seite und Zusammendrücken des Magens mit der Hand lassen sich die Schmerzen mindern. Der Appetit ist schlecht. Es werden nur leichte Speisen vertragen, Abneigung gegen saure Speisen. Niemals Erbrechen, dagegen häufig saures Aufstoßen. Stuhlgang immer regelmäßig. In letzter Zeit starke Gewichtsabnahme.

Seit dem Frühjahr 1926 schwellen dem Kranken zuweilen im Laufe des Tages die Füße an, so daß er manchmal abends die Schuhe nur mit Mühe ausziehen kann. Seit dem Herbst 1926 ziemlich starker Durst.

Im Sommer v. Js. machte der Sohn den Patienten auf kleine Knötchen an Brust und Rücken aufmerksam, jedoch weiß der Patient nichts über die Entstehungszeit der Knötchen anzugeben, hat auch keine Beschwerden davon.

Früher (bis vor 3 Jahren) mäßiger Alkoholabusus zugegeben, Nikotinabusus und venerische Infektion werden negiert.

Befund: 1,61 m großer Mann von 57,1 kg Körpergewicht, in mäßigem Ernährungszustande. Die Haut ist mäßig durchblutet, die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. An beiden Unterschenkeln mäßige Varizenbildung. Keine Ödeme, keine Exantheme. — Am Rücken, zu beiden Seiten der Wirbelsäule, ungefähr bis zum 12. B.W.D. herab, beiderseits in der Achselgegend, an der Brust, am Abdomen (hier auf der rechten Seite) und besonders im linken Sulcus bicipitalis sind kleinere und etwas größere strangförmige Verdickungen und Erweiterungen fühlbar, die anscheinend subkutan liegen. Sie

zeigen deutliche systolische Pulsation, die auch graphisch nachweisbar war. Es handelt sich augenscheinlich um Veränderungen, die von den Gefäßen ausgehen. Kopf: Normaler Befund. — Gebiß in sehr schlechtem Zustande. — Schilddrüse nicht vergrößert, keine Drüsenschwellungen am Halse. — Lungen zeigen normalen Befund. — Herz Maße: Mr. 3 cm, Ml. 13 cm Perkussionsfigur entsprechend verbreitert. Spitzenstoß im 5. Interkostalraum sicht- und fühlbar, deutlich hebend. Die Aktion ist regelmäßig, die Töne sind rein. — Puls: gut gefüllt, regelmäßig, 80 Schläge in der Minute. — Blutdruck: R.R. 200 : 115. — Abdomen: im Niveau des Thorax liegend. Geringe Druckschmerzhaftigkeit im Oberbauch, besonders in der Mittellinie, etwa 5—8 cm oberhalb des Nabels, sonst ist der Bauch weich, gut eindrückbar, zeigt keinen abnormen Tastbefund. Die Bruchpforten sind beiderseits ziemlich weich und nehmen fast 2 Finger auf. Die Leber ist deutlich palpabel bis etwa 2 Querfinger unterhalb des Rippenbogens. Die Milz ist nicht fühlbar. — Genitalorgane o. B. Rektal o. B. — Wirbelsäule und Extremitäten zeigen normalen Befund. Hände und Füße fühlen sich kalt an. — Nervensystem: Die Sensibilität ist für alle Qualitäten ungestört, Motilität intakt. Reflexe: sämtliche in normaler Stärke auslösbar. — Geringer Patellarklonus: beiderseits gleich. — Deutlicher Fußklonus, beiderseits gleich. — Bab. Opp. negativ. — Blutbild: Hb. 85%, Erythrocyten 5 110 000, Leukocyten 6250, Segmentkernige 54%, Stabkernige 1%, Lymphocyten 43%, Monocyten 2%. — Urin: sauer, Eiweiß Spur, Zucker negativ, Ug. neg., Ub. neg., Sediment einzelne Leukocyten, Epithelien und Oxalate, vereinzelte Erythrocyten. — Stuhl: Benzidin negativ, keine Parasiteneier. — Wa.R. im Blut negativ. — Magendurchleuchtung: Unterster Pol 3 Querfinger unterhalb des Nabels, Tonus leicht herabgesetzt, Peristaltik mäßig, Abschnürung und Entleerung regelrecht. Duodenum o. B. Nach $3\frac{1}{2}$ Stunden apfelgroßer Rest im Magen, nach 10 Stunden Magen leer, Brei im Colon descendens, das spastisch kontrahiert ist.

Die Magenbeschwerden werden durch die Atonie des Magens und die ziemlich erhebliche Hyperazidität erklärt. Anhaltspunkte für geschwürige Prozesse liegen nicht vor. Die Vergrößerung der Leber und die anamnestisch angegebene Neigung zu Ödembildung sind wohl auf eine beginnende Insuffizienz des erheblich vergrößerten Herzens zurückzuführen, Desgleichen ist die nachgewiesene geringgradige Albuminurie durch die beginnende Kreislaufstörung bedingt.

Am 16. Dez. 1926 wird in der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik eine Probeexzision aus einem der pulsierenden Knötchen gemacht. In Lokalanästhesie wird nach einem kleinen Hautschnitt eines dieser pulsierenden Knötchen abgeklemmt, nach wenigen Sekunden bildet sich infolge Zerreißung des Gefäßes ein etwa faustgroßes Hämatom. Die Blutung aus dem eröffneten Gefäße erfolgt rhythmisch, entsprechend dem Herzschlag. Der Blutverlust beträgt etwa 1 Liter. Die Gefäße werden unterbunden, Hautnaht und Kompressionsverband. Etwa 1 Stunde nach der Operation kollabiert der Patient, fühlt sich aber bei Rückenlage im Bett sofort wieder bedeutend wohler. Der Blutdruck beträgt 185 : 85. Patient bleibt zu Bett. Nach 3 Tagen fühlt er sich wieder ganz wohl, eine Nachblutung ist nicht erfolgt.

Der Befund der mikroskopischen Untersuchung des exzidierten Knötchens, der uns liebenswürdigerweise von Prof. Kaiserling zur Verfügung gestellt wurde, ergab Folgendes: „Es handelt sich um eine End- und Mesarteriitis productiva nach dem Typus einer sogenannten latenten Panarteriitis chronica nodosa mit vielfacher Zerstörung der elastischen Fasern, irregulärer Neubildung und unregelmäßiger Intimawucherung bis zur Obliteration. In ganz ähnlicher

Weise können sich auch Venen verändern, so daß man schließlich den ursprünglichen Gefäßtypus kaum noch erkennen kann."

Über die Ätiologie des Leidens können wir nichts Sicheres sagen. Eine Lues ist auszuschließen. Dagegen liegt es nahe, an einen Zusammenhang mit der immerhin recht erheblichen Hypertonie zu denken. Man könnte sich vorstellen, daß unter der Einwirkung des dauernd erhöhten Blutdruckes die Veränderungen zustande kamen, die sich an den Gefäßen abspielten. Wir lassen dahingestellt, ob die Magenerscheinungen in irgendwelchen Beziehungen zu diesem Leiden stehen, oder ob es sich, was wahrscheinlicher ist, um ein unabhängiges Leiden handelt. Manche der Symptome lassen an das Krankheitsbild der Periarteriitis nodosa denken. Auffallend ist nur die starke arterielle Pulsation, die in diesem Ausmaße bei der Periarteriitis nodosa nur ganz selten beobachtet wird. Auch handelt es sich weit weniger um Knötchenbildung, als vor allem um strangförmige Verdickungen und Erweiterungen der oberflächlichen Arterien. So zeigt auch die mikroskopische Untersuchung, wie oben geschildert, daß es sich um Veränderungen an den Gefäßen handelt, wie man sie bisher noch nicht beobachtet hat und die jedenfalls nicht für Periarteriitis nodosa sprechen.

Literatur: Baehr, Periarteriitis nodosa, Proceed of the New York. Pathol. Soc. Act. Dez. 1919, S. 131. — Benedict, Heinr., Über Periarteriitis nodosa. Zschr. f. kln. Med. 1907, 64, 405. — Carlin u. Braxton Hicks, A case of periarteriitis nodosa. The Lancet 294, Nr. 5303, 19. V. 1923. — Freund, Georg, Zur Kenntnis der Periarteriitis nodosa. D. Arch. f klin. Med. 1899, 62, 537. — Gloor, Kurze neue Beiträge und Bemerkungen zur Periarteriitis nodosa. Zbl. f. allgem. Path. u. path. Anat. 1926, 37, Nr. 8, S. 337. — Gruber, Gg. B., Zur pathologischen Anatomie der Periarteriitis nodosa. Virchows Arch. 1923, 245, 123. — Derselbe, Über die Pathologie der Periarteriitis nodosa. Zbl. f. Herz- u. Gefäßkrkh. 1917, 9, 45. — Derselbe, Kasuistik und Kritik der Periarteriitis nodosa. Ebenda 1926. — v. Hann, F., Pathohistologische und experimentelle Untersuchungen über Periarteriitis nodosa. Virch. Arch. 1920, 227, 90. — Kroetz, Zur Klinik der Periarteriitis nodosa. D. Arch. f. klin. Med. 1921, 135, 311. — Kopp, Ein klinisch diagnostizierter Fall von Periarteriitis nodosa. D. m. W. 1923, S. 1239. — Kußmaul u. Maier, R., Periarteriitis nodosa, D. Arch. f. klin. Med. 1866, 1, S. 484. — v. Spindler, Zur Kasuistik der Periarteriitis nodosa, M. Kl. 1924, 146. — Weigelt, Periarteriitis nodosa. M. m. W. 1924, S. 218.

Druck von L. Schumacher in Berlin N 4.